FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1918

Sarcomele tractusului uveal

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 14 Maiu 1923

DE

ECATERINA ZANFIR

BUCUREȘTI

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „MERCUR"
STRADA NICOLAE BĂLCESCU No 14.

1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1918

Sarcomele tractusului uveal

TEZA

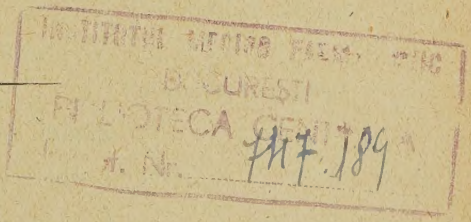
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la ..... Maiu 1923

DE

ECATERINA ZANFIR



BUCUREȘTI

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „MERCUR"
STRADA NICOLAE BĂLCESCU No 14.
1923

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: D-l Profesor **D. Ion escu Thoma**

Profesori titulari :

Clinica II-a chirurgicală	Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	D-l	*Athanasescu N.*
Clinica chirurg. infant. şi ortopedie	„	*Bălăcescu I.*
Anatomia Patologică	„	*Babeş V.*
Bact. şi Patologia experimentală	„	*Cantacuzino I.*
Istologia normală şi Istogeneza	„	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„	*Daniel C.*
Clinica ginologică	„	*Danielopol D.*
Clinica II medicală	„	*Gerota D.*
Anatomia topografică II	„	*Georgescu M.*
Farmacia chimică şi galenică	„	*Gheorghiu N.*
Clinica şi Teoria obstetricală	„	*Ionescu Th.*
Anatomia Topografică I	„	*Ionescu Th.*
Clinica I Chirurgicală	„	*Ionescn D.*
Clinica II Medicală	„	*Juvara E.*
Clinica III Chirurgicală	„	*Jianu A.*
Clinica boalelor căilor urinare	„	*Lalu S.*
Farmacologia şi Materia medicală	„	*Meţeanu N.*
Clinica boalelor Oto-Rhino-Laring.	„	*Marinescu Gh.*
Clinica boalelor nervoase	„	*Minovici St.*
Chimia analitică	„	*Manicatide M.*
Clinica infantilă	„	*Mezincescu D.*
Higiena şi poliţia sanitară	„	*Minovici M.*
Medicina legală	„	*Manolescu D.*
Oftalmologia şiclinica oftalmologică	„	*Nanu Muscel I.*
Clinica I medicală	„	*Nicolau T.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„	*Obregia Al.*
Clinica mentală	„	*Paulescu N.*
Fiziologia umană	„	*Proca Gh.*
Patologia Generală	„	*Reiner Fr.*
Anatomia descriptivă şi embriologia	„	*Solacolu T.*
Botanica medicală	„	*Sihleanu St.*
Zoologia medicală	„	Solacolu T.
Botanica medicala	„	*Thomescu Th.*
Patologia medicală	„	*Theohari A.*
Terapeuticia experimentală	„	*Vintilescu I.*
Analiza al mentelor şi băuturile		

Profesori agregaţi :

Medicina operatorie	„	*Constantinescu C*

Juriul de Promoţie :

Preşedinte : D-l Prof. *MANOLESCU D*

Membrii { „ „ „ „ *Jianu Amza*
„ „ „ „ *Răzvanu N*
„ „ „ „ *Jianu I*
„ „ „ „ *Al. Dersca*

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare.

SCUMPILOR MEI PĂRINȚI

RECUNOȘTINȚA MEA NU E O RĂS-
PLATĂ, NICI O DATORIE — E UN CREZ.

INTRODUCERE

Sarcomele tractusului uveal în genere bine studiate în ultimul timp, formează în patologia oculară un cadru foarte important, atât prin varietatea lor morfologică și a complicațiunilor locale, pe care le pot ocaziona, cât mai cu seamă prin evoluția lor și complicațiile metastatice, uneori foarte precoce, în restul organismului, depășind prin aceasta domeniul oftalmologiei.

Dar, prin faptul că origina lor e foarte frecventă la tractusul uveal, — aceasta cu deosebire pentru sarcomul melanic, — vom înțelege importanța lor în fața medicului-oculist, de intervenția căruia va depinde oprirea sau generalizarea unuî proces de o malignitate neobicinuită.

Având ocazie, în timpul din urmă să observăm oftalmoscopic patru cazuri de tumori uveale iar două din ele să le putem studia anatomo-potologicește este vorba de sarcome (un melano-sarcom și un leuco-sarcom) unul ciliar, celălalt choroidian am crezut bine venită ocazia să luăm ca subiect al tezei noastre inaugurale chestiunea sarcomelor tractusului uveal și să însoțim observațiunele noastre de câtevà considerațiuni de ordin clinic relativ la diagnosticul lor și indicațiunilor terapentice.

Expunereu generală a chestiunei am făcut-o servindu-ne drept plan, remarcabila monografie a lui Lagrange, asupra acestei chestiuni.

* * *

Cu terminarea lucrării inaugurale o nouă viață se deschide.

Păşind dincolo de viaţa de student nu pot trece peste un adânc sentiment de recunoştinţă datorat celor, cari cu vorba şi fapta au contribuit la educaţia mea medicală — profesorii Facultăţii de medicină.

Domnului Profesor Manolescu pentru bunăvoinţa şi preţiosul concurs ce D-sa mi-a dat la întocmirea lucrării de faţă, cât şi pentru atenţiunea ce D-sa a pus totdeauna în educaţia profesională a elevilor săi, îi aduc viile mele mulţumiri.

De toată bunăvoinţa pe care am găsit-o în jurul meu atât la aranjarea tezei de faţă, cât şi în serviciile Eforiei unde am funcţionat ca stagiară, externă şi apoi internă mă simt datoare ca, la rând şi fată. de cei mai mici, să o manifest după frumoasele exemple avute.

SARCOMELE TRACTUSULUI UVEAL

Lagrange înţelege prin sarcom al tractusului uveal proliferarea anormală cu tendinţă la organizarea unuia sau a mai multora din elementele de origină mezodermică care formează tractusul.

Brière clasifică astfel sarcomele uveale:

1) Forme simple	a. Sarcom alb-fibro sarcom
	b » melanic-melano sarcom
	c. » cavernos
	d. Osteoid
	e. Myosarcom
2) Forme mixte	f. Encefaloid
	g. Sarcom mucos
	h. Glio-sarcom

Pigmentul melanic constituind un caracter fundamental, se împart sarcoamele coroidei în două grupe:

1) Sarcom melanic
2) Leuco-sarcom

SARCOM MELANIC

Un sarcom melanic este acela, ale cărui celule închid granulaţii pigmentare capabile de a rezista acţiunei prelungite a acidului sulfuric, ori care ar fi origina acestei granulaţii şi reacţia lor siderică negativă sau pozitivă.

Un sarcom melanic a tractusului uveal este o afecţie relativ frecventă şi de o extremă gravitate.

ISTORIC

In 1873 Brière a scris asupra acestui subiect o teză foarte interesantă, care rezumă exact chestiunea

şi face epocă în istoria sa. Graţie unei bibliografii foarte complecte, acest autor a evidenţiat toate cazurile cunoscute de melanoză intra oculară şi sarcom al coroidei. El este primul, care a făcut să reeiasă bine varietatea formelor anatomice, valoarea diagnostică a dublului plan de vase, pe care îl arată în ochi oftalmoscopul, (vase retiniene şi vasele tumorei); şi a dat simptomatologiei o descripţie didactică, căreia lucrările recente n'au adăogat nimic esenţial.

In 1896 Rochon-Duvigneaud s'a ocupat în special de diagnosticul-prognosticul şi tratamentul lor.

Hirschberg şi Fuchs au studiat în dataliu tomorile uveale iar Lagrange în marea sa lucrare asupra tumorilor intra oculare le-a făcut o descripţiune amănunţită.

Anatomie patologică

Vom studia succesiv:
- a. Anatomie macroscopică
- b. Anatomie microscopică
- c. Pigmentaţie
- d. Reacţia neoplasmelor asupra globului ocular

a. Anatomie macroscopică

Toate tumorile melanice ale irisului, corpului ciliar şi coroidă afectă o formă circumscrisă. Fuchs arată că forma difuză e foarte rară. Neoplasmul face o ridicătură hemisferică sprijinându-se printr'o bază aproape dreaptă pe membrana uveală şi proeminând puternic în învelişul ochiului. Din acest punct există un contrast absolut, cu ceeace se petrece în carcinomul metastatic al coroidei.

Distingem tumori ale irisului, corpilor ciliari şi coroidă. Tumorile irisului iau forma camerei anterioare în interiorul căreia ele se găsesc comprimate. Mulţi ani sarcomul irisului poate să rămână limitat la o zonă relativ mică din iris, prezentând diferite coloraţii: roşie, neagră, brună, în raport cu pigmentaţia şi vasculari-

zația, De obiceiu e situat pe fața anterioară a membranei.

Sarcomul corpului ciliar are forma unei ridicături hemisferice, care împinge înainte irisul și depășește îndărat limitele corpului ciliar. Mergând înainte tumora poate decola irisul și reproduce astfel aspectul de irido-dializă. Tumora nu merge întotdeauna înainte, ea se poate dezvolta înăutru sau spre peretele globului, când poate determina un stafilom.

Sarconul melanîc al coroidei se prezintă în general ca o ridicătură vag rectangulară sau hemisferică, care se reazimă pe o parte sau o treime din circonferința scleroticei. Se mai găsește și sub formă de ciupercă, tumora prezentând o bază largă și un cap sferoidal cu o strangulare circulară, care separă cele două părți. Panas și Rochon-Duvigneaud au citat trei cazuri pe acest tip.

b. **Anatomie microscopică**

In structura unui sarcom deosebim trei lucruri:

1) Celulele
2) Modul lor de grupare
3) Vasele sanguine

1) Celulele au forme foarte diverse, sferice-fuziforme câte odată cu prelungiri ramificate. Nucleul unic și rotund în celule rotunde, ovoid în celulele fuziforme. Se notează prezența frecventă a celulelor gigantice.

2) Unele celule înconjură vasele sub formă de manșoane perivasculare; unele sunt plasate în cavități închise care reamintesc pe cele din carcinom, iar altele sunt împinse unele contra altora comprimându-se și nelăsând loc liber pentru substanța intercelulură.

3) Vasele sanguine sunt numeroase în țesutul sarcomatos, ele se confundă cu țesutul morbid și sunt constituite de elemente embrionare. Nu putem izola sistemul vascular de celulele cari îl înconjură. Pe secțiuni se vede bine lumina vaselor sangiune înconjurată de celule fuziforme și ovoide; dar nu găsim

peretele propriu al vasului. Absența pereților proprii explică dilatația în ampule a capilarelor, care nu pot rezista presiunei sangiune, Explicând de asemenea frecvența hemoragiilor interstițiale. Natura celulelor — gruparea, forma și importanța vaselor sangiune sunt elementele variabile, care ne permit să distingem în sarcomul coroidei numeroase varietăți.

a. Varietate provenind dela forma celulei.

1) Sarcom cu celule rotnde, sarcomul encefaloid numit astfel pentru că forma sa exterioară seamănă cu substanța cerebrală, conține celule rotunde, neregulate, mici, lipite una de alta și între ele extrem de puțină substanță intercelulară. Acest sarcom este rar în coroidă; sarcomul cu celule mici e de cele mai multe ori sarcom endotelial.

2) Sarcom cu celule fuziforme: Sarcoamele fasciculate sunt destul de comune în tractusul uveal. Sunt formate din celule fuziforme cu extremitățile alungite și dese ori bifurcate. Elementele celulare sunt suprapuse unele peste altele în mod regulat și în așa fel că extremitățile unora sunt în contact cu partea umflată a celorlalte.

b. Varietate ce depinde de origina celulelor.

1) Sarcomul endotelial rezultă din proliferarea endoteliului vascular a sistemului sangiun sau sistemului limfatic. Sarcomul endotelial nepigmentat există în coroidă. Afecția interesează câte odată toate vasele coroidiene sau de cele mai multe ori numai vasele stratului Haller. Tunica vaselor se îngroașe, se umflă devenind striată. In același timp se produce și o obliterare a luminei vasului

2) Sarcom tubulos: Panas citează un frumos caz. Tumora e formată din manșoane celulare, care înconjură vasele, separate între ele prin spații clare ocupate de celule puțin colorate reprezentând zona de degenerescență periferică a manșoanelor perivasculare.

3) Sarcom alveolar. Acest sarcom poate fi considerat ca cel mai grav al tractusului uveal. Această

varietate de tumoră este foarte apropiată în aparenţă de carcinom. Din punct de vedere histologic diferenţa este fundamentală, sarcomul alveolar fiind o varietate de sarcom endotelial. Fuchs a arătat că durata medie în evoluţie e de zece luni; operată dă recidivă — metastaze.

c. Varietate ce depinde de starea vaselor.

1) Sarcom cavernos: Nu avem nici un caz. Se caracterizează prin multe vase dilatate cu pereţi foarte subţiri şi chiar fără pereţi proprii, sângele circulând în cavităţile făcute în ţesutul sarcomuliu.

Dezvoltarea

După Knapp dezvoltarea se face în două moduri:

1) Celulele morbide îşi au origina în sistemul sangiun.

2) Proliferarea ţesutului normal al coroidei, care devine astfel patologic. Toate elementele normale ale tractusului uveal pot da naştere la o tumoră, când sunt iritate la o proliferare anormală printr'un agent necunoscut, un primum movens. Nodulul format în coroidă se întinde mai mult sau mai puţin regulat în toate direcţiile, sau se desvoltă într'o parte determinată. Sarcoamele cresc în ochi în două moduri: prin propagare continuă sau nuclei izolaţi. Primul mod e mai frecvent ca al doilea. Nu numai în retină, coroidă şi corp vitros se propagă sarcomul; el infiltră precoce sclerotica, făcând pe mulţi autori să creadă că această infiltraţie naşte în membrana fibroasă. Tecile vaselor se lasă infiltrate, mai cu seamă venele se văd în sclerotică ca un filament negru cu direcţie oblică, care nu e decât un vas în lungimea căruia s'au depus celule pigmentate. Şi nervii ciliari au condus câte odată neoplasmul în afară, dar mai puţin de cât arterele şi în special venele. Regiunea limbului se lasă uşor perforată, pe când corneea rezistă.

Pigmentarea

Pigmentul este factorul esențial care dă sarcomului studiat caracterul melanic. Neoplasmul trebue să aibă culoarea bună și din punct de vedere histologic, celulele moplasmului trebuesc să fie sediul și cauza formărei pigmentului.

Distribuția pigmentului e în grăunțe izolate în majoritatea cazurilor; grăunțele sunt în interiorul celulelor în mijlocul protoplasmei, foarte rare ori în nucleu.

In sarcomul melanic cu pigment areolar pigmentul prezintă două dispoziții diferite: 1) granulațiile negre înconjură vasele și le urmează traectul 2) ele sunt îndesate în locurile cele mai îndepărtate a luminei vasului. In ambele cazuri tumora ia un aspect areolat.

2) Origina pigmentului. S'au emis diverse opinii și acordul e încă departe de a fi stabilit Langhans dă pigmentului origina pur hematică. Virchow, Waldeyeer atribue formarea pigmentului în detrimentul materiilor albuminoide a celulei.

După Fuchs toate celulele pigmentare ale sarcomului melanic, provin din celulele pigmentare a stromei coroidiene. Aceste celule se segmentează, infectează celulele vecine necolorate, care provin din proliferarea adventicei vaselor și le fac capabile de a se transforma în celule pigmentare. Fuchs nu admite sub nici un motiv derivarea pigmentului din elementul colorant al sângelui.

Leber admite că pigmentul sarcomului rezultă din proliferarea celulelor cu epiteliu pigmentat. Acestea sunt opiniile se s'au discutat și acum să vedem și propriile noastre observații.

In cazurile noastre dispoziția pigmentului respectă forma elasică a lui Fuchs. Concludem, fără rezervă, o origină coroidiană și alta hematică a pigmentului. Vedem că: 1) pigmentul de origină hematică e dispus regulat în vecinătatea vaselor și hemoragiilor, cu o

culoare galbenă clară şi o formă neregulată. 2) Pigmentul de origină nehematică se întâlneşte aproape sau departe de vase, cu formă neregulată, cu celulele voluminoase şi o culoare brună închisă.

E mai bine să ne bazăm pe aceste fapte decât pe reacţia Perls şi Quincke în diagnosticul diferenţial. Opinia noastră este, să admitem două feluri de pigment, hematic şi coroidian, existând împreuna sau separat.

Influenţa tumorei asupra globului ocular

Relativ la reacţiunea tumorilor asupra globului, eventualităţile întâlnite se pot reduce la patru.

1) Ochiul conţinând un sarcom nu mai prezintă altă leziune şi de asemeni nici un semn de inflamaţiune.

2) Neoplasmul determină mai întotdeauna deslipirea retinei şi uneori glaucom.

3) Tumoarea duce excepţional la atrofia globului coincidând câte odată cu puseuri glaucomotoase, alte ori cu hyoptensiune.

4) In fine sarcomnl uveal se poate disemina în interiorul ochiului şi produce noduli secundari.

Din aceste patru modalităţi de repercutiuune a tumorei asupra globului şi reacţiunile consecutive din partea aceatuia, vom discuta puţin rapoartele dintre deslipirea retinei, tumoare şi tensiunea intra oculară.

In cel mai mare număr de cazuri, deslipirea retiniană precede glaucomul. Rare ori în special în tumorile plate maculare, hypertonia poate apărea fără deslipire. După Fuchs deslipirea poate fi datorită unui oedem coroidian în urma turburărilor circulatorii din domeniul venelor vorticinoase. Hypertonia ar avea drept cauză pe lângă hypersecreţiunea coroidiană şi emboliile pigmentare, ale unghiului irian, leziuni găsite de Panas şi Rochon-Duvigneaud şi care astupă căile de scurgere, ocazionând deci stare glaucomotoasă; relativ la volumul tumoarei se pare că nu joacă nici un rol. Tumori mici pot evolua cu hypertonie şi tumori mari

fără glaucom. Ceiace este constant însă în toate cazurile cu hypertonie examinate anatomopatologiceşte, este existenţa constantă în acestea a sudurei lui Knies şi lipsa ei în cazurile cu hypotonie. Această constatare a fost confirmată recent de cele trei cazuri, sarcom coroidian cu hypotonie ale lui Frantz [1]) în care lipsea sudura şi de cazurile doamnei Berthe Heymans [2]) din care şase cu hypertensiune toate prezentau sudură. De altminterea şi cele două cazuri ale noastre examinate anatomo-patologiceşte sunt importante din acest punct de vedere. Cazul întâi de leuco-sarcom coroidian a evoluat cu hypotensiune şi unghiul irian cu căile de scurgere erà complect liber.

Cazul al doilea de melano sarcom, în care s'a notat o hypertensiune mare, unul din unghiuri erà şters prin sudura lui Knies.

Etiologia

Sarcomul melanic al coroidei e relativ rar. Se întâlnesc 1|2000 bolnavi, după Fuchs. Cele patru observaţiuni din această teză sunt singurile cazuri întâlnite în clinica oftalmologică din Bucureşti în decurs de trei ani. Cauze; 1) Predispozante şi 2) Ocazionale.

1) Sexul are o influenţă mică predominând genul masculin. Vârsta are loc mai important ca sexul. Toţi autorii insistă asupra rarităţii sarcomului tractusului uveal înaintea pubertăţii. Cu cât înaintăm în vârstă, cu atât suntem mai expuşi la sarcom al coroidei; este frecvent între 40-50 ani. Ereditatea joacă acelaş rol, pe care îl are şi în cancer.

2) Cauze ocazionale—Traumatismul predomină înflamaţia tractusului uveal.

Simptomatologie

In studiul simptomelor sarcomului melanic a tractusului uveal, vom începe cu sarcomul irisului a cărui

1) Frantz, Klinische Monats Blätter für Augen heil 1920.
2) Berthe Heymans May, Archives d'oftalmologie.

simptomatologie este diferită de aceea a tumorilor, cari iau naştere în corpul ciliar şi coroidă şi cari se dezvoltă în segmentul posterior a ochiului.

a) Sarcomul melanic al irisului. Tumora se dezvoltă aproape întotdeauna pe faţa anterioară a irisului. Deseori cu evoluţie lentă, împinge cristalinul şi umple o mare parte din camera anterioară fără a da fenomene grave; dar la un moment dat corneea numai suportă presiunea şi se opacifiază — se irită. Se injectează regiunea perikeratică şi apar fenomene inflamatorii secundar glaucomatoase. Fuchs divide evoluţia sarcomului melanic al irisului în patru perioade:

1) Perioada de debut, ce durează foarte puţin şi de obiceiu trece neobservată.

2) Perioada glaucomatoasă, ce se produce repede.

3) Când camera anterioară e aproape plină de masa morbidă apar la nivelul limbului mici noduli melanici.

4) Al patrulea stadiu a fost rare ori observat până în prezent.

b) Sarcomul melanic a corpului ciliar. Această tumoră invadează de timpuriu camera anterioară la nivelul rădăcinei irisului; irisul este câteodată decolat şi întotdeauna împins înainte către unghiul irian astupat; nu găsim irită şi atrofie şi dilatând pupila putem face mult mai uşor exploraţia tumorei. Primul simptom, care atrage atenţia poate fi injecţia perikeratică limitată, care se întinde la regiunea corneană, care corespunde părţei corpului ciliar bolnav. Retina e mai puţin decolată decât în sarcomul coroidei. Tensiunea oculară creşte şi dă turburări vizuale marcate. Dar înaintea apariţiei fenomenelor glaucomatoase bolnavul rare ori se plânge de turburări vizuale importante. Deseori vederea nu e de loc diminuată.

Totuşi găsim în literatură şi cazuri de sarcoame ciliare, care au evaluat cu hipotensiune. Marshall şi Daverean pe 26 sarcoame ciliare a întâlnit 4 cu hipotensiune, 14 cu tensiunea normală şi numai 10 cu hipertonie. Doamna Berthe Heymans May din 6 ca-

cu hipotensiune şi tensiune normală 4 erau sarcoame ciliare. Cazul nostru de sarcom ciliar a evoluat cu hipertensiune. Atragem deci atenţiunea asupra faptului că hipotonia nu poate exclude existenţa unei tumori ciliare cum cred mulţi autori.

Se descrie în evoluţiunea tumorei oculare ciliare patru perioade:

1) Perioada de debut.
2) Perioada de hipertensiune.
3) Perioada de perforaţie.
4) Perioada de generalizare.

c) Sarcomul melanic a coroidei.

Autorii consideră patru perioade în evoluţia sareomului coroidian.

1) Perioada de debut la exterior fără niciun semn aparent.
2) Perioada cu accidente glaucomatoase.
3) Perioada de perforaţie a globului.
4) Perioada de generalizare.

1) Simptome funcţionale: debut insidios, senzaţii luminoase şi metamorfopsie.

Simptome fizice sunt: reflexul ochiului de pisică amorotic, de culoarea retinei şi două reţele vasculare una superficială formată din vasele retiniene şi alta mai profundă formată din fine capilare aparţinând neoplasmului.

2) Bolnavul are dureri, tensiunea mărită, vederea diminuată şi dispare odată cu apariţia accidentelor glaucomatoase. Vasele conjunctivei şi episclerale sunt foarte congestionate. Corneea se opacifiază mai cu seamă la centru, sensibilitatea ei dispare şi camera anterioară se şterge. Irisul paralizat se atrofiază. Pupila e de un verde glaucomatos.

Cu toată descrierea în evoluţia sarcomului coroidian a unei perioade de hipertensiune, totuşi întâlnim cazuri după cum am mai arătat, în care tumora evoluează cu hipotensiune sau tensiune normală.

In afară de cazurile vechi ale lui Leber şi Krachn-

stöver, care au adus 11 cazuri cu hipotonic, ale lui Hirschberg și Vossius și ale lui Devereah și Marshall, mai avem cele trei cazuri recente ale lui Frantz, ce am citat și două a doamnei Berthe Heymans May și cazul nostru de leuco-sarcom. Lagrange a întâlnit două cazuri cu hipotonie, dar el crede că evoluția complectă a tumorei cu hipotonie nu e posibilă și că aceste cazuri sunt cazuri, ce n'au ajuns încă în perioada de hipertonie. Noi credem că această părere nu este admisibilă de oarece între cazurile cu hipotonie sunt și cazuri, ce au evoluat ani de zile și au ajuns fie la perforația globului, fie la atrofia lui fără să fi trecut niciodată prin perioada de hipertonie. Durata perioadei a doua e scurtă

3) Această perioadă este caracterizată prin extinderea tumorei în părțile vecine; învelișurile ochiului se perforează și starea glaucomatoasă ia sfârșit.

Ruperea învelișurilor se poate face sau în emisferul anterior sau la nivelul equatorului, sau la nivelul polului posterior. Când perforația e la partea anterioară pleoapele prezintă un aspect edematiat, iar pe bulb se văd mai multe mase spongioase, negre și burjonante. Când tumora se propagă îndărăt se produce o exoftalmie.

4) Perioada de generalizare survine după perforație. In general în ficat se produce generalizare. Metastazele se pot produce și în tubul digestiv, vertebre, meninge, pulmon, os. Subiectul poate să prezinte destulă rezistență și să închisteze răul în ochi.

Diagnostic

Chestiunea diagnosticului tumorilor uveale e una din cele mai importante, căci stabilirea diagnosticului de tumoare atrage după sine enucleațiunea globului ocular. Și un diagnostic greșit ar duce la o sacrificare inutilă a organului vizual. Apoi diagnosticul precoce, și o intervențiune rapidă poate în unele cazuri opri generalizarea tumorei în organism. Diagnosticul

se bazează pe simptomele ce am descris, simptome variabile după diferitele regiuni ale tracutului uveal atins şi după diferitele perioade de evoluţie a neoplaziei.

Pentru tumorile irisului eclerajul lateral e în general suficient.

De asemenea chiar unele tumori ciliare proeminând în pupilă pot fi în acelaş mod destul de bine diagnosticate, mai ales după prealabila dilataţiune a pupilei. Pentru tumorile coroidiene simplul examen oftalmoscopic oricât de amănunţit ar fi făcut şi la orice procedeu am face apel poate fi insuficient. Diagnosticul într'o deslipire de retină simptomatică de tumoare şi o deslipire de retină simplă seroasă nu poate fi întotdeauna în mod cert stabilit. In aceste cazuri este de o utilitate incontestată şi chiar indispensabilă **transluminaţia globului** cu lampa Sachs, Hirschberg, etc. Procedeul vechiu al lui Lange, consistând în aplicaţiunea lămpei pe scleră, în regiuneei tumorei şi observaţiunea modului cum se luminează pupila, a fost mulţi ani singurul întrebuinţat şi a dat în multe cazuri rezultate mulţumitoare.

Totuşi în unele cazuri de tumori mici, în special în sarcoamele choroidiene plate, pupila se luminează bine prin aplicaţinea lămpei pe zona scleralâ bolnavă; neoplasmul fiind subţire lasă să treacă lumina şi astfel se putea conchide la o deslipire seroasă ca toate că era vorba de o deslipire simptomatică de tumoare.

Procedeul mai nou al lui Lindahl[1]) consistând în aruncarea luminei prin scleră din partea opusă tumorei între equator şi ora serrata şi observarea modului cum se luminează sclera în zona tumorei; sau examenul sclerei luminată prin lampa aplicată direct pe cornee este mai sensibil şi tumori mici, ce ar fi scăpat la examen prin procedeul Lange se pot pune astfel în evidenţă. In toate cazurile noastre am aplicat

1) Lindahl Klinische Monats-Blätter für Augen heil. 1920 lulie.

ambele procedee şi rezultatele, ce le-am avut au fost cele mai mulţumitoare. Pentru tumorile, ce interesează părţile cele mai posterioare ale globului, aceste metode nu-şi pot găsi aplicaţiune şi atunci vom recurge la procedeul Linné, consistând în examenul fundului ochiului întrebuinţând o lumină foarte puternică (lampa Nerst) şi oglinda oftalmoscopului Morton. In cazul când există deslipire simplă, retina e transparentă şi apare colorată în roz sau nuanţe de roş; în cazul când deslipirea e datorită unei neoplazii coloraţiunea ei este dela brun închis până la negru.

O variantă a metodei ar fi şi luminarea fundului ochiului cu o lampă Sachs foarte puternică şi privind prin pupilă deslipirea simplă de retină apare roşie, iar tumoarea apare neagră.

Sarcomul melanic al irisului, nu prezintă prea mari dificultăţi de a-l diagnostica. Să căutăm a nu-l confunda cu naevii pigmentari, ce sunt compuşi exclusiv din celule analoage cu stroma. Deasemenea să facem un examen amănunţit c'un puternic ecleraj lateral spre a-l deosebi de hystu irisului.

Sarcomul melanic a corpului ciliar se recunoaşte mult mai de timpuriu faţă de sarcomul coroidei. Diagnosticul diferenţial se face cu gomele şi tuberculii, care se însoţesc întotdeauna de accidente inflamatorii, (inj. perikeratice-irite); pe când în sarcomul corpului ciliar nu avem inflamaţie, nu avem ulceraţie pe suprafaţa globului, dar există glaucom.

Sarcomul melanic al coroidei ocupă loc foarte variabil, uneori în vecinătatea orei serrata, alteori la equator, maculă etc. şi aproape întotdeauna cu bază sesilă. Diagnosticul afecţiunei trebue făcut la fiecare perioadă.

In prima perioadă turburările vizuale, pe cari le acuză bolnavul să ne îndemne a face un examen foarte amănunţit. In caz de tumoră a coroidei, vom avea o ridicare sau decolare retiniană, două stări pe care nu trebue să le confundăm. Dacă avem ridicare, retina aderă încă exact cu neoplasmul şi sub reţeaua

retiniană putem vedea reţeaua vasculară asupra căreia Brière a insistat suficient.

Diagnosticul diferenţial în prima perioadă îl putem face cu tuberculii coroidei, cari sunt ca nişte noduli albicioşi, acoperă o bună parte din suprafaţa coroidei şi determină fenomenul inflamaţiei. Aceste fenomene sunt aproape absente în sarcom.

In decolarea simplă avem cu totul alt aspect ca acel oferit de ridicarea retinei prin tumoră. In deslipirea simplă retina este împinsă puternic către cristalin printr'o mare cantitate de lichid, rezultând din prezenţa sarcomului. La nivelul decolărei retina este groasă, infiltrată printr'o masă sanguină; dacă nu sunt traumatisme în antecedente, sarcomul este probabil. Decolarea simplă se însoţeşte întotdeauna de hipotonie, pe când hipertonia o găsim întotdeauna în tumorile coroidei.

In perioada a doua diagnosticul diferenţial se face cu glaucomul simplu care prezintă multă analogie cu glaucomul consecutiv sarcomului coroidei. In glaucomul simplu bolnavul a avut mai multe atacuri prodromice, cercuri colorate în jurul luminei şi revenirea luminei după atac. Când e un sarcom bolnavul constată, că a pierdut vederea pe un punct circumscris din câmpul vizual. Boala progresează, apare hypertensiune şi vom asista la perforaţie. Dacă o decolare a retinei a fost observată şi pe urmă apare glaucom, ne putem gândi că e consecutiv unui neoplasm. Şi aici atragem din nou atenţiunea asupra faptului că starea tensiunei intraoculare nu poate întotdeauna costitui un semn cert de diagnostic, de oarece am arătat că tumori uveale pot evolua cu hypotensiune, deci fără glaucom şi sunt cunoscute deasemeni şi cazuri de deslipiri de retină fără tumoare, ce evoluiază cu hypertonie după cum a fost un caz anul trecut în clinica oftalmologică Bucureşti. Perioada a treia numai prezintă dificultăţi serioase. Când ruptura se produce la nivelul canalului

lui Schelmm, aspectul tumorei — mică negră, — e caracteristic. Când se constată prezența unui tumori intra-oculare și extra oculare suntem autorizați să considerăm pe ultima ca consecința expansiunei primei. Perioada a patra, prin generalizarea răului și pe de de altă parte prin mijloacele de explorare cunoscute, ne face să diagnosticăm ușor existența unei tumori intra-oculare, natura și gravitatea ei. In această perioadă am putea confunda sarcomul coroidei cu glioma retinei. Dar sarcomul melanic a tractusului uveal, în afară de coloratia specială și antecedente, se recunoaște după predilecția mare pe care o are în generalizare pentru organul hepatic.

Prognostic

Toți autorii sunt de acord asupra prognosticului extrem de grav al tumorilor uveale, asupra malignității lor, prin frecvența recidivelor și metastazelor. Unii autori le consideră mai maligne chiar ca gliomul retinei. Lagrange consideră forma melanică mai malignă de cât leucosarcomul. In privința prognosticului statistici serioase au fost făcute de Panas, Fuchs, Hirschberg, Freudenthal etc.; mai toți autorii sunt de acord că metastasele ar surveni cam în 50 $^{0}_{0}$ din cazuri. Ceeace e mai grav e faptul, că ele pot surveni și în perioadele prime ale boalei precum și târziu după enucleațiunea practicată uneori precoce.

La ultimul congres de oftalmologie ținut la Jena 1922, Hippel a adus o statistică de 41 cazuri de sarcome uveale observate dela 5—22 ani, din cari rezultă că chiar după 5 ani dela enucleațiune, mai sucombă prin metastaze încă 25 $^{0}_{0}$ El a văzut metastaze după 10 ani și într'un caz chiar după 18 ani. De asemeni dintr'o altă statistică culeasă tot de Hippel de prin diferite clinici referitoare la 132 cazuri observate peste 5 ani, rezultă că metastazele nu sunt mult mai frecvente în urma intervențiunilor în stadiul II de cât în stadiul I. S'ar părea deci că timpul cât

persistă o tumoare în organism, n'ar fi singurul factor hotărîtor în producerea metastazelor. Posibilitatea migrației tumorilor e posibilă în toate stadiile. Particulele tumorale pot rămâneà latente ani de zile. Ce rezultă sigur însă din statistici, este însă că recidivile sunt desigur mai frecvente în stadiul II și III de cât în stadiul I.

Migrațiunea elementelor tumorale se face de obicei dealungul venelor și nervilor ciliari prin peretele scleral și prin vase. Cazurile lui Wagenmann și Francke au demonstrat existența dealungul nervilor și vaselor-ciliare de elemente neoplozice. In cele 2 cazuri ale noastre examinate anotomopatologicește, nu s'a putut pune în evidență asemenea leziuni, ce arată, că nu e de stabilit în acestea un prognostic rău imediat, fără a putea însă afirmà în mod cert.

Tratamentul

Vechea opiniune a lui Lawerence de a enuclea imediat un glob, la care s'a stabilit existența unei tumori uveale e unanim acceptată. Toți autorii sunt de acord asupra acestei intervențiuni practicată cât mai curând posibil. In primul nostru caz, cu toate că acuitatea vizuală era bună, nu am ezitat de a practica enucleațiunea îndată ce bolnavul a acceptat. Dacă enuclațiunea simplă e suficientă în primele perioade ale evoluției boalei ea nu mai este suficientă odată ce tumoarea a perforat pereții globului; în acest caz trebuește recurs direct la exanteraţia orbitei.

O chestiune referitoare la enuclațiunea tumorilor intraoculare, care a fost discutată la congresul oftalmologic din Jena 1922, a fost aceea a conduitei chirurgului față de cazul, când tumoarea interesează unicul ochiu al bolnavului. Hippel a emis opiniunea că în asemenea caz ar fi indicat să se respecte prezența ochiului atins, cât timp vederea lui e încă conservată și a se trata în acest timp prin radiumterapie, rămânând a se enucleia globul îndată ce funcțiunea

lui a fost suprimată. El a ajuns la această părere în urma statisticilor, despre cari am vorbit la prognostic şi cari au arătat că enucleaţiunea în stadiul I, nu ar creia condiţiuni mult mai favorabile faţă de producerea metastazelor şi că acestea nu ar fi mai frecvente în stadiul III decât în I şi II. Nu toţi oculiştii, cari au participat la discuţie au admis părerea lui Hippel, cei mai mulţi au aderat la aceea a lui Wagenmann, care crede că în cazul unui singur ochiu cu tumoare trebueşte exclusă situaţiunea pacientului, care va hotărî, fără a se insista prea mult asupra enucleaţiunei

Relativ la tratamentul tumorilor uveale prin radiumterapie s'au publicat cazuri, din cari s'ar putea crede în influenţă favorabilă a acestei metode terapeutice. Totuş până acum nu se poate stabili nimic precis din acest punct de vedere, aşa că tot enucleaţiunea precoce trebue să rămână metoda cuvenită.

LEUCO-SARCOMUL

Leuco-sarcomul este o tumoare constituită din ţesut gliomatos, ţesut ce nu diferă de al sarcomului embrionar a ganglionilor limfatici.

Istoric. Knapp caută să diferenţieze leziunele, pe care cei clasici le confundau şi arată că leuco-sarcomul coroidei este lipsit de pigment pentrucă îşi are punctul de plecare din stratul corio-capilar. Virchow e mai puţin afirmativ asupra originei şi arată un sarcom încolor cu apariţie primitivă în coroidă. Bănueşte că partea internă a coroidei mai puţin pigmentată să fie punct de plecare a tumorei.

Brière citează opinia lui Virchow, dar admite explicaţiile lui Knapp.

In 1882 Fuchs face o lucrare cpmplectă asupra sarcomului tractusului uveal.

Etiologie. Leuco-sarcomul coroidei e o tumoră întotdeauna primitivă. Vârsta în etiolologie joacă un rol evident. Sunt mai frecvente la copii ca la adulţi.

Anatomia patologică.

1) Leuco-sarcomul irisului
2) « « corp. ciliar
3) « « coroidei.

1) Leuco sarcomul irisului, e afecțiune rară și nu avem decât 8 observații evidente. De obiceiu e cu sediul în segmentul inferior al irisului și vase multe sunt în leuco-sarcomul irisului. Origina sarcomului irien în stratul vaselor iriene confirmă teoria lui Knapp, acceptată de Briére. Leuco-sarcomul merită această numire, chiar dacă examenul istologic arată prezența elementelor pigmentate, aceste elemente aparținând țesutului preexistent. In leuco-sarcomul coroidei se poate găsi pigmentul normal al regiunei și care să rămână indiferent de proces.

2) Leuco-sarcomul corpului ciliar e foarte rar, se găsesce mai mult la tineri. Celulele sunt câte odată fuziforme, câte odată rotunde, câte odată poligonale cu vacuole și degenerescență grasă.

3) Leuco-sarcomul coroidei are ca elemente fundamentale celulele rotunde și fuziforme. Câte odată celulele rotunde iau dispoziția alveolară și în acest caz tumora ia un un caracter grav.

In leuco-sarcomul cu celule rotunde, celulele sunt remarcabile prin proliferarea lor activă abondentă și dividerea nucleului.

Leuco-sarcomul cu celule fuziforme e mai frecvent ca cel dintâi.

Angio-sarcomul coroidei e mult mai comun.

Simptomatologie

Simptomotologia leuco-sarcomului e conformă tipului general al tumorilor intra-oculare, la care distingem patru perioade:

1) apariția tumorei în interiorul ochiului,

2) invadarea complectă a cavităţei oculare şi iritaţii glaucomatoase,

3) perforaţia membranelor,

4) Generalizarea.

Simptomatologia leuco-sarcomului în aceste perioade ale evoluţiei lui, este aceiaşi ca a sarcomului melanic, pe care am descris-o amănunţit la capitolul respectiv aşa că nu mai revenim asupra ei.

Diagnostic

Se face diagnostic diferenţial în leuco-sarcomul irisului cu kistul seros, care întotdeauna e consecutiv unei plăgi corneene, deci găsim cicatricea. Cu gomele irisului, care sunt galbene, multiple şi implantate aproape de cercul ciliar.

Leuco-sarcomul corpului ciliar poate fi confundat cu toate tumorile maligne ale corpului ciliar: carcinom-sarcom melanic.

Leuco-sarcomul coroidei se poate confunda cu glioma retinei. Dar glioma în debut se localizează pe retină, integritatea membranelor ochiului, absenţa reţelei vasculare particulare invadarea rapidă a corpului vitros, ne pun la adăpost de a face confuzie.

In sarcomul coroidei studiat cu lumina directă, de colarea retinei arată două plane de vase, primul aparţine retinei iar cel de al doilea tumorei coroidei. Corpul vitros rămâne intact şi transparent.

In perioada a doua ne ajută fenomenele gloacomatoase.

In perioada a treia avem perforaţie în sarcom la limbul peri-corneeau, pe când în gliom în regiunea equatorială.

In perioada a patra sunt metastaze. Ambele varietăţi de tumori se propagă prin nervul optic la creer, umple orbita, câştigă cavităţile vecine, infectează ganglionii şi se duc în părţile îndepărtate ale capului.

Pronostic, în afară de malignitatea obişnuită a tuturor tumorilor sarcomatoase, ar fi de stabilit ma-

lignitatea relativă a leuco-sarcomului față de melano-sarcom. Lagrange consideră melano-sarcomul mai malign. Fuchs de asemeni, de oare-ce statistica sa arată că în sarcoamele melanice, metastaza are loc în 19 % din cazuri, pe când în sarcoamele albe numai în 7 %. De asemenea în sarcoamele albe tumorile cu celule rotunde sunt mult mai maligne decât cele cu celule fuziforme.

Tratamentul nu diferă într'un nimic de acel a sarcoamelor melanice, pe care l-am expus.

SARCOMUL METASTATIC AL TRACTUSULUI UVEAL

Sarcomul metastatic al tractusului uveal e un cancer metastatic. Nu există decât 2 observații contestate și acelea de unii autori, deși Leber în preparații a arătat existența unui sarcom Pflüger a zis că în prima observație coroida a fost sediul unei afecții metestatice dar a lipsit examindând histologic. Deci tumoarea primitivă ar fi un naevus primitiv fibros, de acolo pleacă infecția trecând prin ganglioni, ce-i respectă de obicei sarcomele.

Observația I-a [1])

Diagnosticul: Leucosarcom al choroidei: O. D.

Bolnavul Gh. în etate de 30 ani se prezintă la 9 Ianuarie 1922 la consultațiunile serviciului oftalmologic Colțea, declarând că de acum două luni a observat, că cu ochiu drept vedeà o pată neagră mică, care se plasà constant pe obiectele ce fixă, iar de vre-o lună vederea acestui ochiu s'a și încețat puțin. Aveà senzațiunea unui voal, ce acopereà o parte din câmpul vizual.

Ant. H. C. Tatăl său mort de un sarcom al gâtului.

Ant. P. Acum șeapte ani a avut șancru sifilitic cu erupție secundară. N'a avut alte manifestațiuni; a făcut tratament dar neregulat. N'a acuzat niciodată vre-o durere din partea ochiului. Cu două luni și jumătate înainte, bolnavul a suferit un traumatism al regiunei parieto-occipitale drepte în urma unei căzături de pe cal.

Stare prezentă. *Examen obiectiv.* Nimic în partea polului anterior; pupile cu aspect și reacțiuni normale.

La oftalmoscop, se constată că în partea supero-externă, fundul O. D. nu se luminează. Această zonă prezintă o deslipire mare de retină, care face un relief de 9 dioptrii și care se prelungește până în apropierea regiunei marculare. Limita dintre zona cu retina deslipită și retina normală e bruscă fără cea mai mică tranziție și diferența de nivel la marginea deslipirei, este tot cam aceași ca și la partea centrală. Regiunea deslipită prezintă o coloratie verzue-grisatră, vasele retiniene fac mari coturi peutru a urcà la suprafața deslipirei; nu se văd vase de neoformație, nici cute retiniene. In mișcările globului nu se constată mobilitate a retinei deslipită.

Transluminația sclerală arată că partea externă și su-

---

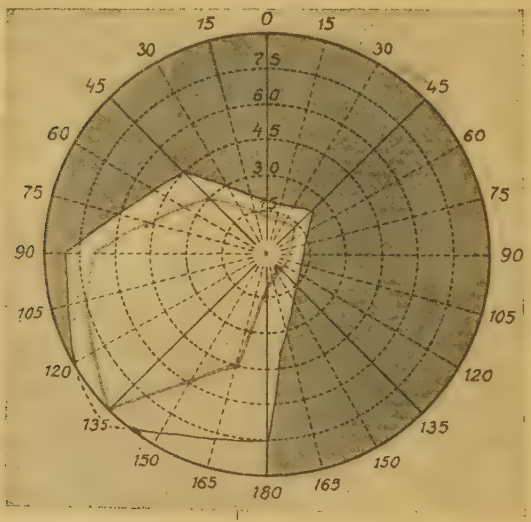
1) Observația a fost comunicată la soc. Română de Oftalmologie 7 Februarie 1923: Prof. Manolescu și Neștianu: Asupra unui caz de sarcom coroidian.

perioară a globului lasă să treacă mai puțină lumină ca restul. Prin aplicația lămpei Hirschberg pe partea supero-externă a globului, luminarea pupilei e evident mai redusă ca prin aplicațiunea ei pe orice altă parte a globului. Aplicând lampa pe cornee sau trimețând lumina oblică în pupilă dela stânga spre dreapta *(Leidhalt)* se constată că porțiunea supero-externă a sclerei pe întindere de vre-o doi centimetri în continuarea dela zona ciliară apare foarte intunecată.

Tensinea intra-oculară: O.D=18 O.S=25 (Schiötz).

Examenul funcțional. Acuitate vizuală: O.D = $^2/_3$ O.S=1.

Câmp vizual, strimtorat în partea internă și superioară



Examenul stării generale. Nu se constată nici-o leziune de partea organelor toraco-abdominale, nimic din partea sistemului nervos. Reactia Wassermann negativă. Examenul urinei normal.

Evoluție și tratament. Cum bolnavul erà sifilitic cu toate că diagnosticul a fost dela început de tumoare intra-oculară, se hotărăște a se face o serie de injecțiuni de cianur și neosalvarsan înainte de a se propune enucleațiunea.

24 Ianuarie. A făcut până azi opt injecții de cianur și două de neosalvarsan. Nu acuză nici-o durere oculară. La oftalmoscop se constată tumoarea mai întinsă și în suprafață și în relief (pentru a fi bine văzută sunt necesar 18 dioptrii în imagină dreaptă). Tensiunea intra-oculară O.D=15.

31 Ianuarie. Tumoarea tot mai desvoltată antero-posterior,

de asemeni şi în spre papilă. Pentru a puteà fi bine văzută în toate detaliile, e necesar acum 18 dioptrii în imagină dreaptă. Leziunea e vizibilă şi la un puternic ecleraj lateral în partea externă a globului. Coloraţiunea ei e gris-verzue.

8 Februarie. A terminat seria de injecţiuni fără niciun rezultat. Tumoarea e încă mai desvoltată bine vizibilă cu 21 dioptrii. A acuzat uşoară durere. Tensiuna intraoculară = 18. Vederea = $^1/_2$. Se recomandă la fine enucleaţiunea Strimtorarea câmpului vizual e mai mare.

2 Martie. Se punctionează globul cu un cuţit linear în partea supero-externă la distanţă de 1 cm. şi jumătate de limb.

Nu se constată scurgerea de seriozitatc ci numai de două gute de sânge; avem impresiunea că am intrat într'un corp tare.

11 Martie. Tumoarea tot mai desvoltată. Papila a început să se turbure în partea supero-externă, unde marginea ei este estompată evident. Deslipirea retinei s'a întins şi în jos unde prezintă cute şi flotează uşor- Vederea = $^1/_3$.

16 Martie. Cute tot mai numeroase pe retină deslipită jos. Vederea scade iute. Astăzi V = $^1/_6$

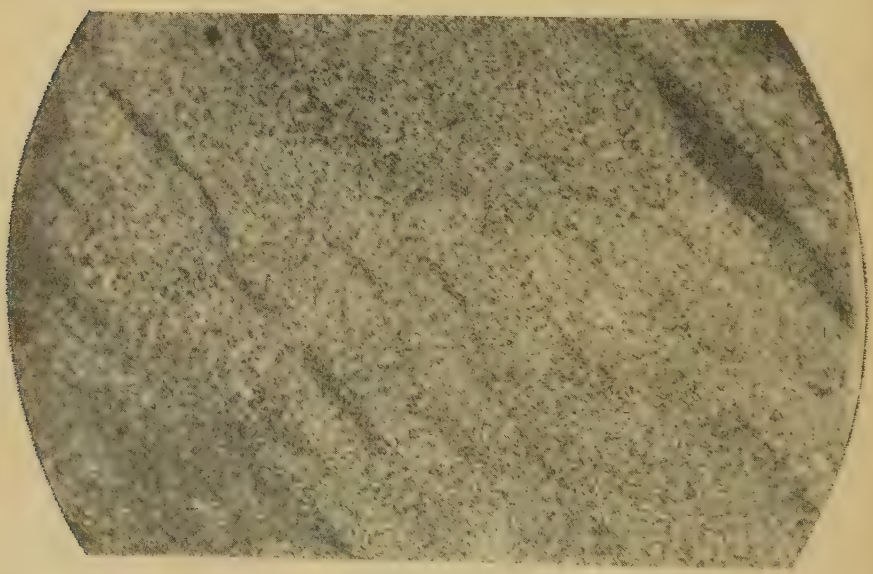
Mersul postoperator a fost normal, după o săptămână plaga fiind complect închisă.

Examenul anatomo-patologic.

Globul enucleat a fost fixat în formol 10 % și după deshidratare prin trecerea prin alcool de concentrație progresivă, a fost incluzionat în celoidină și secționat în serii. Coloratiune cu hematoxilină eozină, Wan-Giesson.

17 Martie. Enucleația globului. Anestezie cu novocaină retrobulbar, 8 centigrame.

Pe o secțiune a globului examinată c'un obiectiv mic se constată că tumoarea interesează coroida pornind de partea externă a globului, din apropierea orei-serrata și înaintând până aproape de papilă. O secțiune în partea cea mai desvoltată a tumorei arată ca aceasta are o formă ovoidă puțin uniformă compactă și de dimensiunea unui bob de fasole; culoarea ei e albicioasă puțin grisatră. Retîna deslipită de tumoare împinsă spre interiorul globului, păstrează totuși contact cu margine internă a ei. Retina internă deslipită în totalitate de un exudat, seros dela ora-serata până la papilă,



este înpinsă înspre părțile centrale ale globului unde formează câteva cute.

Structura ei e destul de bine păstrată. Unghiul irido-sclero-cornean liber, canalu lui Schlemm cu lumenul bine

vizibil, iar irisul şi corpul ciliar sunt cu structura normală. Cercetând tumora c'un obiectiv mare se constată că e constituită exclusiv din celule fuziforme, pe alocurea cu substanţă intercelulară, alteori lipite nemijlocit unele de altele. In această masă tumorală se văd vase fără pereţi proprii. Pigment se întâlneşte foarte rar, intercelular şi după toate aparenţele de origină sanguină. Tumora e plecată din stratul de vase-groase-coroidene.

Observaţia II

Diagnostie : Sarcom melanic al corpului ciliar şi choroidei O. S.

Bolnavul L. S. în etate de 72 ani, profesie croitor, intră la 20 Noemb. 1921 în serviciul oftalmologic al Spit. Colţea.

A. P. In copilărie a suferit de friguri şi apoi a fost bolnav de tifos.

Istoric. Din vara anului 1921 bolnavul a observat că a început treptat să-i scadă vederea la O. S. N'a avut dureri. In toamnă s'a prezentat la consultaţiunele acestui serviciu, când s'a constatat la olftalmoscop în partea supero-internă a globului stâng în apropierea imediată a regiunei ciliare, prezenţa unei deslipiri de retină foarte proeminentă cu caracterele deslipirilor şi neoformaţiei de neoplasm întraocular. Vederea era foarte scăzută, atunci număra degetele la 2 m. Tensiunea întraoculară O. S.=32 şi O. D.=16. De atunci vederea a scăzut încontinuu, aşa că azi ea e complect suprimată.

Starea prezentă, Examen obiectiv. O. D. normal. La O. S. se constată o uşoară hiperemie venoasă conjunctivală şi perikeratică Camera anterioară e dispărută aproape complect. Culoarea şi desenul irian e puţin şters. Pupila e dilatată, fără nici o reacţiune, cristalinul cu numeroase zone opace.

Examen oftalmoscopic. Nu se poate face, fundul neluminându-se în nicio direcţie.

Tensiunea întraoculară O. S.=43. O. D =12 (Schiötz).

Transluminaţia sclerală cu lampa Sachs arată că pupila se luminează insuficient prin aplicaţia lămpei sus, jos şi înăuntru, ce nu se luminează de loc prin aplicaţia lămpei pe partea internă a sclerei. De asemenea prin aplicaţiunea lămpei pe cornee lumina nu se transmite aproape de loc prin peretele intern al sclerei.

Examen funcţional. O. D. V.=1 O. S. V.=zero fără percepţia luminoasă.

Examenul stărei generale, Nu se constată nimic din partea organelor interne în legătură cu neoplazia intraoculară.

Evoluție și tratament. 25 Noembrie. Enulcreația globului ocular. Anestezie cu novocaină retobulbar 0.08 ct. Mersul post operator a fost normal, bolnavul părăsind serviciul la 27 Noembrie pentru a veni la pansament, la consultațiune.

Examen anatomopatologic. Globul enucleat a fost fixat în formol 10 % și după deshidratarea prin trecerea în alcool de concentrație progresivă, a fost incluzionat în celoidină și secționat în serii. Colorațiunea cu hematoxlină eozină Van Giesson și lithium carmin. Prin examenul secțiunilor se constată o deslipire totală de retină, aproape întreagă jumătatea internă a globului ocupată de o tomoare, ce începe din plin corp ciliar și se continuă și în coroidă până în apropierea pupilei. Tumoarea mai mare ca un bob

de fasole e constituită din celule fuziforme cu numeroase vase tumorale (fără perete propriu, cu zone de hemoragii și conținând o mare cantitate de pigment intracelular și intercelular.

Tumoarea are dezvoltare mai mare în regiunea ciliară formând doi lobi, unul ciliar mai proiminent, altul choroidian mai întins în suprafață. Pupila e liberă, dar irisul e aderent

de cristaioida interioară. Unghiul iridosclero-cornean de partea tumorei e liber, cel opus (de partea opusă) e închis printr'un grad redus de sudură (Knies). De asemenea în această zonă de aderență a unghiului sunt depozite pigmentare. Centrul tumorei e ocupat de un focar de necroză, ceeace face să nu se poată tăia fără a se rupe părțile centrale. Choroida foarte îngroșată numai în o porțiune anterioară externă cu 1/4 din totul se prezintă cu aspect normal; în întreaga porțiune îngroșată sunt infiltrate numeroase elemente neoplazice cu caracterele celor descrise în tumoarea ciliară.

Observația a treia

Diagnostic = tumoarea tractusului uveal OD.

Bolnava I. T. de profesiune casnică în etate de 37 ani intră în ziua de 13 Maiu 1922 în serviciul oftalmologic al spitalului Colțea.

A. P. Are doi copii sănătoși. N'a avut avorturi. A avut febră tifoidă în 1918, iar acum trei ani gripă.

Istoric. Boala datează de acum 10 luni, decând cu ocazia unui accident a observat că nu vede bine cu OD. De atunci până la 19 Decembrie bolnava declară că vede ceva numai cu partea dreaptă a ochiului. Dela această dată pretinde că i-a dispărut complect vederea. S'a tratat pelă diferiți medici fără rezultat.

Starea prezentă. *Examenul obiectiv.* La OD se constată o desvoltare şi dilatare a vaselor sclero-conjunctivale în partea stângă a globului. Camera OD. e foarte mult redusă de volum aproape inexistentă. OS normală. OD— la eclerajul lateral se constată în partea internă a globului, când privim prin pupilă, o tumoare roşiatică, ca un bob de mazăre, care ar depăşi în afară ora serrata iar înăunntru ar face corp cu zona ciliară. La 0D în partea internă a cristalinului se observă o mică zonă opacă.

La oftalmoscop. la simplu examen se constată că fundul nu mai este luminat, când bolnava priveşte înăuntru şi mai ales în jos şi înăuntru. Prin examenul cu imagina dreaptă +20 se constată prezenţa unei tumori în partea înfero-internă a globului; tumoarea este de coloraţie închisă brunatră-roşiatică, marginea ei externă rotundă, bine limitată, de o coloraţiune mai închisă ca restul tumorei, marginea internă neputându-se delimita, confundându-se cu regiunea ciliară. In partea inferioară a câmpului oftalmoscopic, în imediata vecinătate a tumorei, retina e deslipită şi flotează. Numeroase opacităţi grave în vitros, una ca o bridă orizontală parcurge mijlocul lui dela extremitatea externă la cea internă. Opacităţile vitriene sunt vizibile cu ¦ 13. Tensiunea intra oculară 0D = 13. 0S = 20.

Transluminaţia corneeană ne arată că peretele intern a globului de la distanţa 80 c. m. de lumină nu se ma luminează.

Transluminaţia sclerală, lampa aplicată intern imediat cu limb, fundul se luminează şi tumoarea apare ca un glob roşiatic ceva mai mare ca un bob de mazăre. Prin aplicaţia lămpei interne şi înăuntru de ora serrata la 1cm de limb, adică în regiunea tumorei şi privind priu pupilă, tumoarea apare închisă de coloraţiune neagră, nepermiţând trecerea luminei.

Reacţiunea Wassermam negativă.

Nu se constată nimic anormal de partea organelor toraco-obdominale.

La 22 Mai bolnava refuzând enucleaţiunea se concediază.

Observaţia a 4-a

Diagustic. Tumoarea melanică a coroidei O S. Bolnava A O, de profesiune călugăriţă în etate de 52 de ani intră în ziua de 20 Iunie 1922 în serviciul oftalmologic, Spit. Colţea.

A P şi A H C=facă importanţă.

Istoric boala datează după declaraţia bolnavei de 15

zile, când a observat că pe când lucra, i-a apărut o pată neagră în câmpul vizual. După câtva timp a observat apariția a unor filamente în câmpul vizual, când mișca ochiu. N'a avut nici odată dureri.

Starea prezentă, examenul obiectiv=nimic din partea polului anterior.

La oftalmoscop se observă la O S flocoane mai ales în corpul virtos. Când bolnavul privește în sus și în afară, fundul nu se mai luminează. Pupila pare puțin voalată prin opocitățile mediilor, limitele ei fiind bine apreciabile.

In partea supero-externă a câmpului oftalmoscopie apare o tumoră rotundă mare ca vre-o 4 diametre papilare proeminentă, vizibilă bine cu+13 de o culoare neagră. Ea începe deasupra regiunei maculare și înaintează în sus și în afară. La periferie întâlnim până la ora serrată o zonă de retină neînteresată. O S=retina în jurul tumorei deslipită gris- alburie, care încadrează tumoarea pe o mică zonă împrejur.

Sub tumoare și deasupra maculei se observă o hemoragie lungă mare cu vre-o două ramificațiuni. O D=22.O S=22.

Transluminația sclerală ne arată că pupila se luminează egal ori de unde am aplica lampa. Totuși se constată în partea superioară a fundului, privind prin cornee o pată neagră mare cât un bob de porumb.

Transluminația corneeană nu ne arată nimic particular.

VOD=1.

O S: cu dificultate numără degetele la 1 m.

In partea infero-internă la O S se constată un scotom lungăreț. Reacția Wassermann negativă. Urina normală.

Nimic din partea organelor toraco abdominale.

La 25 Iunie este concediată bolnava-refuzând enucleațiunea.

CONCLUZIUNI

2) Dintre sarcomele tractusului uveal, în primul rând, ca frecvență, vin cele melanice ce interesează coroida sau corpul ciliar.

2) Leuco-sarcomele uveale sunt tumori foarte rare.

3) Diagnosticul tumorilor uveale e ușor, când tumora interesează irisul, ceva mai greu când interesează corpul ciliar sau coroida.

4) In acest din urmă caz transluminația sclerală cu diferitele ei variante este o metodă de diagnostic absolut indispensabilă și de o utilitate necontestată.

5) Absența hipertensiunei oculare nu poate constitui totdeauna un semn cert de diagnostic al tumorilor intra oculare, căci în cazuri rare, asememea tumori pot evolua și cu hipotonie.

6) Prognosticul sarcoamelor uveale este din cele mai serioase, atât recidivele cât și metastazele imediate sau tardive fiind foarte frecvente.

7) Tratamentul nu poate fi altul de cât enucleațiunea precoce, odată diagnosticul stabilit, chiar când vederea e bună, și exenterația orbitei în cazul când tumora a depășit pereții globului invadând țesuturile învecinate.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele Tezei: **Prof. Dr. Manolescu D.**

Decanul Facultății: **Prof. Dr. Thoma Ionescu**

In afară de subiectul tezei candidatul este obligat a răspunde la orice chestiune medicală, ce i s'ar pune de către juriul examinator.